

Dati per l'estensione del contratto familiare validità dal _____ (pf inserire la data)

1 Clienti che mantengono il contratto:

Referente della famiglia	Cognome, nome	
	N. d'assicurato	Data di nascita
	Stato civile	
	Via, n.	
	NPA, luogo	
	E-mail	Telefono
Conto bancario/postale	Nome della banca	
	IBAN	
Periodicità di pagamento desiderata	<input type="checkbox"/> Mensile ¹ <input type="checkbox"/> Bimestrale ¹ <input type="checkbox"/> Trimestrale	
	<input type="checkbox"/> Semestrale (0,5% di sconto) <input type="checkbox"/> Annuale (1% di sconto)	
	<input type="checkbox"/> Addebito tramite banca (LSV) <input type="checkbox"/> Swiss Direct Debit (CH-DD)	

¹ L'importo dei premi deve essere superiore a **CHF 100.00**

Ulteriori persone nel contratto	Cognome, nome	
	N. d'assicurato	Data di nascita
	Stato civile	
	Cognome, nome	
	N. d'assicurato	Data di nascita
	Stato civile	
	Cognome, nome	
	N. d'assicurato	Data di nascita
	Stato civile	

2 Clienti che si aggiungono al contratto familiare:

Cognome, nome	
N. d'assicurato	Data di nascita
Stato civile	
Cognome, nome	
N. d'assicurato	Data di nascita
Stato civile	
Cognome, nome	
N. d'assicurato	Data di nascita
Stato civile	

Tutte le persone assicurate che hanno raggiunto la maggiore età concordano che il Gruppo Helsana invierà tutta la corrispondenza al referente della famiglia. Il referente della famiglia ha quindi una visione di tutti i loro dati, compresi quelli che richiedono una protezione speciale. Per le persone assicurate maggiorenni vi è la possibilità di revoca per iscritto al Servizio clienti.

Luogo e data _____ Firma del referente della famiglia _____

Lugo de data _____ Firma di tutte le persone maggiorenni elencate _____